



TITLE:

傍直腸腔原発の悪性リンパ腫の1例

AUTHOR(S):

田中, 将樹; 松崎, 純一; 北見, 一夫; 広川, 信

CITATION:

田中, 将樹 ...[et al]. 傍直腸腔原発の悪性リンパ腫の1例. 泌尿器科紀要
2002, 48(9): 561-564

ISSUE DATE:

2002-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114822>

RIGHT:

傍直腸腔原発の悪性リンパ腫の1例

埼玉県立がんセンター (部長: 東 四雄)

田 中 将 樹

藤沢市民病院泌尿器科 (部長: 北見一夫)

松崎 純一, 北見 一夫

広川医院 (院長: 広川 信)

広 川 信

A CASE OF PRIMARY MALIGNANT LYMPHOMA
OF THE PARARECTAL SPACE

Masaki TANAKA

From the Department of Urology, Saitama Cancer Center

Junnichi MATSUZAKI and Kazuo KITAMI

From the Department of Urology, Fujisawa City Hospital

Makoto HIROKAWA

From Hirokawa Clinic

A 16-year-old man presented with lumbago, perianal pain and constipation. A large tumor was palpable by digital rectal examination. Then, transrectal needle biopsies of the tumor were performed. Histopathological diagnosis was non-Hodgkin's malignant lymphoma (diffuse large B-cell type according to the new WHO classification). The results of some examinations were compatible with the diagnosis of primary lymphoma of the pararectal space. The patient underwent 2 courses of combination chemotherapy CHOP (consisting of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisolone), and high-dose chemotherapy (ranimustine, etoposide, ifosfamide) with peripheral blood stem cell transplantation. After high-dose chemotherapy, radiation therapy was performed since there was a possibility of residual tumor, and complete remission was achieved. Now, 12 months after completion of the radiation, he remains free of the disease. This is probably the first clinical case of malignant lymphoma of the pararectal space ever reported in the Japanese literature.

(Acta Urol. Jpn. 48: 561-564, 2002)

Key words: Pararectal space, Malignant lymphoma

緒 言

悪性リンパ腫が泌尿器科領域に発生することは比較的稀である。今回われわれは直腸診で発見され、経直腸的針生検にて診断された傍直腸腔原発と考えられる悪性リンパ腫の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 16歳, 男性
主訴: 腰痛, 肛門痛, 排便障害
家族歴: 特記すべきことなし
既往歴: 心室中隔欠損症 (自然治癒)
現病歴: 2000年6月上旬, 腰痛, 肛門痛, 排便障害出現。近医受診し直腸診にて石様硬の腫瘍を触れ、経

腹的超音波検査にて膀胱背側に腫瘍を認めた。6月23日当科受診し, 同日入院となった。

入院時現症: 身長 172 cm, 体重 55.4 kg. 意識清明, 全身状態良好。表在リンパ節は触知しなかった。直腸診上直腸粘膜下に腫瘍を触れ, 性状は表面平滑, 石様硬, 超鶩卵大で可動性なく, 圧痛はなかった。前立腺との境界は不明であった。また直腸は左後方に圧排されており狭窄を認めた。

入院時検査所見: 血液一般所見は異常なし。生化学では Cr 1.4 mg/dl, LDH 792 IU/l と上昇を認めたが, その他は正常だった。腫瘍マーカーでは PSA は正常範囲内であったが, NSE は 33.1 ng/ml (正常値: <10 ng/ml) と軽度の上昇を認めた。尿所見は異常なく, 尿細胞診も陰性であった。

X線検査: 胸部レントゲン検査では異常は認めず,



Fig. 1. Pelvic MRI showed large tumor between the bladder and rectum (arrow).

排泄性腎盂造影では左腎は描出されなかった。腹骨盤部 CT では左水腎症、軽度の肝脾腫を認め、骨盤内に 9×6 cm の境界不明瞭な腫瘤を認めた。骨盤部 MRI では直腸の右腹側、前立腺の頭側に T1 で等信号、T2 で低信号の腫瘤を認め精嚢は不明瞭であった (Fig. 1)。注腸検査では直腸は壁外から圧排され狭窄偏位していたが粘膜は平滑であった (Fig. 2)。頸胸 CT、骨シンチ、Ga シンチ、骨髓生検では明らかな異常を認めなかった。

以上より、骨盤内腫瘤に対して 6 月 27 日および 7 月



Fig. 2. Contrast enema examination revealed large extramural tumor on the rectum (arrow).

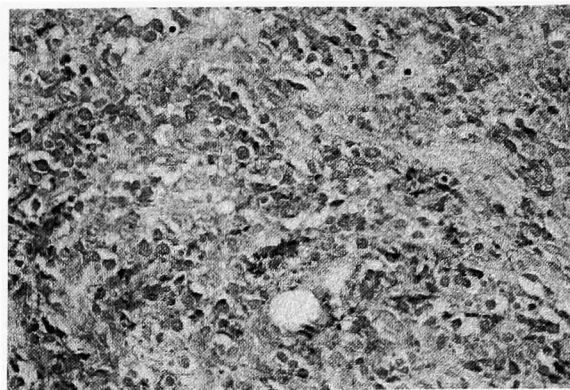


Fig. 3. Tumor cells showed positive reaction on L26 (B-cell marker) immunostaining (L26 immunostain, ×200).

11日に経直腸的腫瘤生検術を施行し、7月11日の検体より以下の通り診断された。

病理組織学的診断：HE 染色にて前立腺組織の間質内にリンパ球に類似した大型の核を持つ異型細胞の浸潤を認めた。免疫組織化学染色にて LCA (+), L26 (+), UCHL-1 (-) であり B 細胞由来の非ホジキンリンパ腫と診断された (Fig. 3)。新 WHO 分類では diffuse large B-cell lymphoma に分類された。

臨床経過：諸検査より臨床病期 II EAX の小骨盤内原発の悪性リンパ腫と診断し、7月17日当院血液膠

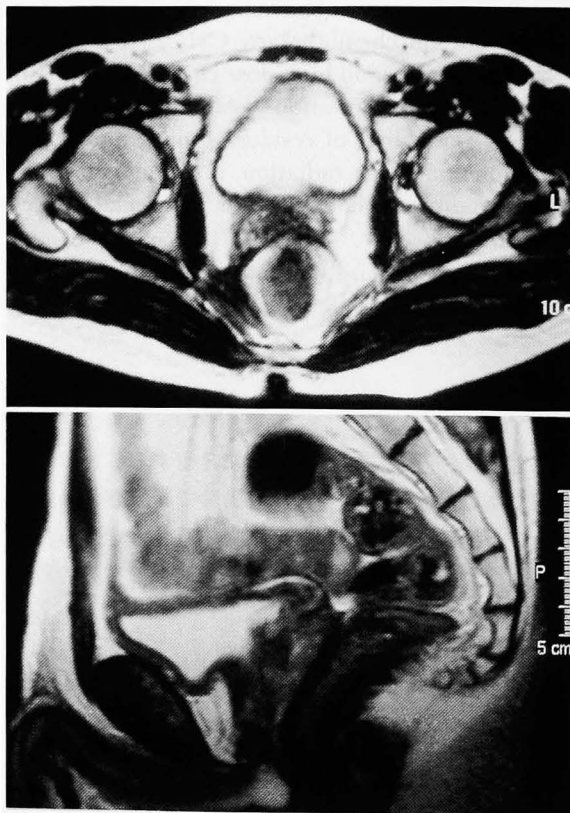


Fig. 4. Pelvic MRI after chemotherapy and radiation showed no residual tumor, deformation or signal decrement of the seminal vesicles.

原病科に転科した。同日より CHOP 療法 (cyclophosphamide 1,240 mg (day 1), doxorubicin 80 mg (day 1), vincristine 2 mg (day 1), prednisolone 100 mg (day 1~5)) を開始した。化学療法開始直後より症状は著明に改善, クレアチニン, LDH とも正常化し, 左水腎症も消失した。直腸診にても腫瘍は著明に縮小したが治療開始後10日目頃より肛門痛が再度出現, 漸増した。2クール目を同量で行った後 CT, MRI を施行したところ腫瘍は著明に縮小していたが, 増大速度が早く次回治療までに再増大するため通常の化学療法による根治は困難と考えられた。そのため自己末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を10月17日より施行した (ranimustine 500 mg (day 1), etoposide 670 mg (day 2~5), ifosfamide 5,000 mg (day 2~5)。治療終了後の画像検査で腫瘍の残存が否定できないため, 11月17日より当院放射線科にて小骨盤に照射 40 Gy を行った。照射後の CT, MRI では残存を認めなかった (Fig. 4)。治療前に 1,010 U/ml (正常値: 220~530 U/ml) と上昇していた可溶性インターロイキン 2 レセプターも 506 U/ml に低下し, 完全寛解との判断にて外来経過観察となった。現在12カ月再発を認めていない。当初小骨盤内と判断した原発部位は, 治療中の縮小した腫瘍の位置より傍直腸腔と診断された。

考 察

悪性リンパ腫は Waldeyer 輪, 消化管, 骨などリンパ節外臓器に発生することがあり, これらは節外性悪性リンパ腫として区別されている。その頻度は比較的高く本邦では悪性リンパ腫全体の約40%前後であり, 泌尿器領域では全体の2~4%となっている^{1,2)}。また大部分が非ホジキンリンパ腫であるのが特色である。

病理組織学的分類に関してはこれまで LSG 分類が採用されてきたが, 1999年に新 WHO 分類が刊行され³⁾, 普及してきている。また悪性リンパ腫の診断には組織学的診断が必須であるが, 画像診断も重要な役割を占めている。悪性リンパ腫は原発臓器にかかわらず CT では均一な軟部組織の濃度を示し, MRI では T1 強調像で筋肉と, T2 強調像で脂肪と等~軽度高信号を呈する傾向があるとされている。またガリウムが悪性リンパ腫に強く集積するため, ガリウムシンチグラムも行われる。これらの画像検査は病期診断や治療効果判定にも有用である⁴⁾。

悪性リンパ腫の治療は多剤併用による化学療法が中心となり, 病変部が局限している場合に放射線療法が行われることがある。悪性リンパ腫の化学療法としては CHOP, COPP などの第1世代, M-BACOD などの第2世代, MACOP-B などの第3世代が挙げら

れるが, 現在の標準療法は CHOP であると考えられている⁵⁾。しかし標準的化学療法では長期無病生存率は約50%程度であり, 残りの約50%の患者は有効なサルベージ療法を必要としている⁶⁾。これに対し造血幹細胞移植併用大量化学療法や放射線治療を組み合わせた集学的治療が行なわれ, 悪性リンパ腫に対する有効なサルベージ療法としてほぼ確立している。自験例では節外性の巨大腫瘍を形成したリンパ腫であったが, 化学療法への反応性が良好であったことより, 自己末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を行った。

今回の症例では発生部位より骨盤内軟部腫瘍が疑われた。生検前画像診断では MRI にて T1 で等信号, T2 で低信号であったため悪性リンパ腫の典型的所見と異なり, 画像上悪性リンパ腫と診断することは困難であった。そのため確定診断を行う目的にて針生検を施行し, 免疫組織学的, 病理組織学的に diffuse large B-cell lymphoma と診断された。生検可能部位であれば経直腸の針生検は確定診断をえるのに有用な検査であると考えられた。

原発部位については, 針生検にて前立腺組織内に腫瘍細胞を認めたため前立腺原発の可能性も検討したが, 画像診断では腫瘍の中心が前立腺の頭側に位置していたため当初は小骨盤内の軟部組織とした。しかし治療により縮小した腫瘍の残存部位は直腸前面の軟部組織であり, 最終的に原発部位は傍直腸腔と診断された。

検索しうる限りでは, 原発部位が傍直腸腔と記載されている悪性リンパ腫の報告は本邦においては認められず, 本症例は本邦初と考えられた。

結 語

自己末梢血幹細胞移植併用大量化学療法および放射線療法の集学的治療にて完全寛解をえた16歳男性の傍直腸腔原発と考えられる悪性リンパ腫を経験したので, 若干の考察を加えて報告した。

本論文の要旨は, 第59回神奈川泌尿器科医会において発表した。

文 献

- 1) 高木敏之 節外病変の臨床的特徴—節外性リンパ腫の病期分類と治療法—。臨血 40: 188-191, 1999
- 2) Sutcliffe SB and Gospodarowicz MK: Localized extranodal lymphomas. In: Haematological oncology. Edited by Keating A, Armitage J, Burnett A, et al., pp 189-222, Cambridge University Press, Cambridge, 1992
- 3) Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al.: World Health Organization classification of neoplastic

- diseases of hematopoietic and lymphoid tissues: report of the clinical advisory committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* **17**: 3835-3849, 1999
- 4) 天野康雄, 隈崎達夫, 田近賢二, ほか: 悪性リンパ腫の画像診断—その有用性と限界—. *日臨* **58**: 629-634, 2000
- 5) Fisher RI, Gaynor ER, Dahlberg S, et al.: Comparison of standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* **328**: 1002-1006, 1993
- 6) Armitage JO: Treatment of non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* **328**: 1023-1030, 1993
(Received on January 4, 2002)
(Accepted on May 23, 2002)